FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis RINGART

Né à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais)
le 1er septembre 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

PÉRI-ILÉO TYPHLOCOLITES CHRONIQUES

Président : CARNOT, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis RINGART

Né à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais)
le 1er septembre 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

PÉRI-ILÉO TYPHLOCOLITES CHRONIQUES

Président : CARNOT, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1928

LAC LIBRARY

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentle
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU· · .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale,
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

72196

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
LE LORIER	Clinique obstétricale.	VILLARET	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.		

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin à l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage reconnaissant pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance pour tout ce qu'elle a fait pour moi.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA SŒUR

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LILLE

MM. BUÉ, CARRIÈRES, COMBERNALE, DUHOT, GÉRARD, LAMBRET, LEMOINE, MINET.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. les Professeurs CLAUDE, GUILLAIN, LEGUEU, SÉBILEAU, TERRIEN, TEISSIER.

M. le Docteur FUNCK-BRENTANO, accoucheur des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur Jacques KRIEF

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Qui a bien voulu nous aider dans l'exécution de ce travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

PÉRI-ILÉO TYPHLOCOLITES CHRONIQUES

INTRODUCTION

C'est très fréquemment que se pose en clinique le diagnostic des affections douloureuses chroniques de la fosse iliaque droite, et c'est pourquoi l'étude des syndromes de cette région a suscité une série de travaux importants, dont le but fut d'éclairer les données anatomiques, pathogéniques, et cliniques de cette région.

On a incriminé tour à tour une série d'affections qui, dans l'idée des auteurs, devaient expliquer la part moins importante de l'appendicite chronique dans les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite, et les résultats imparfaits de certaines appendicectomies. On a surtout insisté sur : les typhlites (Dieulafoy, Mathieu, Fahr), le cæcum mobile (Wilms, Waugh), la typhlatonie (Fischler), la stase intestinale chronique (Lane), la dilatation douloureuse du côlon droit (Grégoire), les péricôlites (Lardennois). La multiplicité de ces affections ayant presque

toutes une allure clinique semblable, plaide en faveur d'une incertitude partielle de la connaissance exacte des syndromes de la fosse iliaque droite. C'est pourquoi certains ont proposé des appellations plus générales de « dextrites », « fausses appendicites » (de Martel et Antoine), de « syndrome douloureux du côlon proximal » (de Martel, Antoine, Mercier) de « dextriliacalgie » (Krief).

Ces termes ont l'avantage de ne pas dépendre d'une étiologie précise, et surtout d'insister sur le fait, que les syndromes de la fosse iliaque droite, ne doivent pas toujours être ramenés à une même cause, et en particulier, à l'appendicite chronique la plus souvent incriminée.

Parmi les causes auxquelles on doit penser en présence d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite qui ne « fait pas sa preuve », il faut retenir les péri-iléocôlites droites chroniques, facteurs de douleurs et de troubles digestifs.

Cette thèse a pour objet l'étude des troubles occasionnés par les formations péri-iléales réparties sur les quinze derniers centimètres de l'iléon, et les formations péricoliques étendues sur tout le côlon proximal jusqu'au coude hépatique.

Nous étudierons d'abord l'allure clinique et radiologique, puis nous verrons l'évolution, les complications, et les formes cliniques. Nous signalerons pour terminer, les affections de la fosse iliaque avec lesquelles on peut confondre le plus souvent les péri-iléocôlites.

ÉTIOLOGIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. PATHOGÉNIE

Nous rappellons rapidement quelques données étiologiques, anatomiques, et pathogéniques nécessaires à la clarté de l'exposition du sujet.

Etiologie

Certaines formations péri-iléocoliques sont congénitales. Beaucoup sont acquises. Pratiquement elles compliquent surtout une côlite, une appendicite, une épiploïte, une cholécystite, moins souvent une affection gynécologique.

Le rôle des infections primitives du péritoine peut être retenu, mais on n'a apporté à ce sujet aucune preuve tangible.

Les péri-iléocôlites peuvent être pathogènes dès la seconde enfance. Elles sont surtout observées chez l'adulte.

Anatomie pathologique.

On peut classer les faits anatomiques de la façon suivante (Krief) :

A) *Formations péricôliques.*

1° *Formations péricôliques membraneuses.* — Elles sont caractérisées par un aspect voisin du péritoine normal. Elles comprennent les membranes du type décrit par Jackson, qu'on peut retrouver étendues sur tout le long de la face externe du côlon proximal. Ces membranes peuvent être associées à d'autres lésions, elles entraînent parfois des déformation viscérales et sont susceptibles de modifications inflammatoires secondaires.

2° *Formations péricôliques.* — Elles sont caractérisées par un aspect inflammatoire.

Elles comprennent :

1° Les épiploïtes adhérentes au côlon proximal décrites par Walther, Haller et Duroselle ;

2° Des brides isolées, ou étendues en nappes ;

3° Les plissements séreux membraniformes décrits par Lardennois dans son rapport sur les péricôlites au XXXVI[e] Congrès Français de Chirurgie.

Ces formations coexistent toujours avec d'autres lésions et entraînent souvent des modifications viscérales.

B) *Formations péri-termino-iléales.*

Elles comprennent :

1° Les brides de Lane, épaississements scléreux étendus du bord libre de l'iléon à la face postérieure

de la paroi, réalisant une bande sus-iléale qui coude en V ouvert en bas, l'iléon terminal.

2° La bride sous-iléale préterminale de Lardennois formant une coudure iléale en V ouvert en haut. C'est l'analogue d'un plissement séreux membraniforme.

3° Les déviations sténosantes de l'angle iléo-cæcal par péri-iléotyphlite (Lardennois).

Les deux premières formations coudent l'iléon et le tordent sur son axe longitudinal.

Pathogénie.

La théorie congénitale répond à la majorité des membranes du type Jackson.

La théorie mécanique de Lane, est à retenir pour certaines brides trouvées au niveau de points de sustentation.

La théorie inflammatoire est la seule à retenir pour les formations péri-colitiques et les péri-iléites.

Toutes les formations péri-coliques ne sont pas pathogènes. Quand elles le sont elles agissent :

a) En rétrécissant la lumière du côlon et en provoquant suivant le degré, des troubles relevant d'un transit difficile et pouvant aller jusqu'à l'occlusion intestinale.

b) En troublant le dynamisme colique, en provoquant une « dysergie » colique (Lardennois) par modifications du système neuro-musculaire du

côlon (Fischler, Tuffier, Cunéo, A.-G. Guillaume).

Les coudures iléales sont le plus souvent pathogènes à une échéance variable, par la gêne qu'elles apportent au transit gastro-cæcal.

ÉTUDE CLINIQUE

La variabilité étiologique, anatomique, et pathogénique peut faire prévoir la complexité de l'étude clinique. Les péri-iléocolites ne constituent pas une entité morbide, mais un syndrome sans limites précises. Elles peuvent simuler toutes les affections de la fosse iliaque droite et même les affections de l'étage sus-ombilical. Elles provoquent des troubles localisés au territoire où elles existent, mais à une échéance variable, tous les segments du tube digestif et les glandes annexes sont influencés par elles.

L'aspect clinique peut être décrit schématiquement en quatre périodes (Krief) :

1° Période latente de tolérance ;

2° Période de réaction ;

3° Période de défaillance ;

4° Période d'asystolie cæco-côlique.

Période latente de tolérance.

Elle se caractérise par quelques petites douleurs dans la fosse iliaque droite et quelques troubles digestifs auxquels les malades attachent peu d'importance.

Cette période de tolérance se retrouve d'ailleurs à l'interrogatoire des malades porteurs de péricôlites.

Période de réaction.

a) Si la formation péri-côlique est secondaire à une affection déjà ancienne (côlite, appendicite), les douleurs deviennent plus fréquentes, plus intenses, et rebelles à la thérapeutique utilisée jusque-là, les troubles digestifs s'accentuent.

L'examen de la fosse iliaque droite montre une zone douloureuse plus étendue. C'est dans ces cas souvent, qu'on se décide à l'appendicectomie. Si l'intervention ne vise que l'appendice, la formation péricolique constitue une « séquelle » en puissance, et explique l'insuffisance de la seule appendicectomie.

b) Dans les cas où la péricolite est cliniquement primitive, l'allure clinique rappelle de près le syndrome de l'appendicite chronique. Cependant la douleur survient surtout, à l'arrivée du chyme dans le cæcum quatre à cinq heures après le repas. C'est une douleur de tension, sans vomissements et sans fièvre, qui cède souvent spontanément après évacuation abondante de gaz. Avec ces phénomènes douloureux, la malade se plaint d'anorexie, de lenteur des digestions, de signes d'aérophagie.

La palpation qui se fera de préférence le bassin soulevé et incliné doit être très minutieuse. Elle

montre l'existence d'une zone douloureuse étendue, qui se prolonge en haut et surtout en dehors le long du côlon. Le cæcum est quelquefois mobile, « gargouillant ». Cette palpation du cæcum se fera d'une part le matin à jeun, d'autre part, quatre à cinq heures après un repas.

Ces crises durent quelquefois pendant huit à dix jours, puis elles sont suivies d'un état local et général voisin de la normale, qui peut durer des mois.

De temps en temps, peuvent survenir des épisodes aiguës, comparables au syndrome de dilatation douloureuse du cæcum décrit par M. Grégoire.

A cette période on ne note pas de modifications de l'état général.

Cette période peut être suivie de guérison, ou bien au contraire les symptômes s'aggravant, elle aboutit à la période suivante.

Période de défaillance.

Elle traduit une sorte d'intolérance du cæcum.

Les douleurs deviennent permanentes, avec crises plus accusées, parfois bi-quotidiennes, parfois à l'occasion de certains aliments qui « semblent jouer un rôle anaphylactique » (Mercier).

Très souvent les malades se plaignent d'une épigastralgie et d'une douleur dans la région vésiculaire réalisant le « syndrome des trois carrefours » étudié par M. G. Durand.

Il est rare de constater à cette période, des vomis-

sements, mais il existe presque toujours des troubles dyspeptiques. La constipation est de règle, mais il s'agit surtout d'un transit ralenti de telle sorte qu'il ne faut pas attacher une grande importance à la rareté des selles.

A cette période on note des modifications de l'état général. Les malades s'amaigrissent, leurs forces diminuent, leur teint devient pâle. L'examen à ce moment montre une fosse iliaque uniformément douloureuse, un point douloureux épigastrique et souvent aussi un point douloureux vésiculaire. Quelquefois tout l'hémi-abdomen droit est sensible laissant supposer une participation de l'épiploon (G. Durand).

A cette période la musculature abdominale est encore suffisante, il s'agit de malade à « ventre fort » suivant le qualificatif de Lane.

Cette période de défaillance dure un temps variable, avec la résistance du malade et les soins médicaux reçus. C'est une période qu'il faudrait ne pas voir dépasser, car si à ce moment le traitement médical devient insuffisant, le traitement chirurgical simple de libération peut donner de beaux succès.

A trop temporiser pour le traitement chirurgical on laisse les progrès de la maladie aboutir à la période suivante.

Période d'asystolie cæco-colique.

Elle réalise un syndrome de stase intestinale chronique confirmée. Ce qui domine, c'est l'altération de l'état général relevant de l'auto-intoxication et de la déficience des organes essentiels, comme le foie et les glandes à secrétion interne.

A cette période les douleurs sont plus diffuses, plus irradiées, l'épigastralgie est de règle.

La constipation persiste et les selles ont un aspect quelquefois pâteux, jaunâtre, recouverts d'exsudations albumineuses, traduisant la colite stasique avec altération de la muqueuse cæcale.

Ces malades sont amaigris, asthéniques, anémiques, leur teint terreux les fait prendre pour des cancéreux, leur interrogatoire est difficile et pénible car ils sont tristes et irritables. Ils se plaignent de cauchemars, de céphalée tenace avec vertiges, d'inappétence, de nausées, d'incapacité au travail.

Leur peau sèche et brune est recouverte de rides précoces, et les cheveux sont souvent dépigmentés.

Le côlon proximal apparaît augmenté de volume, empâté, tendu, gargouillant.

La musculature de la paroi abdominale participe au processus d'hypo fonctionnement général et réalise suivant l'expression de Lane, les stasiques à « ventre faible ».

A cette période on a signalé une série d'autres symptômes relevant de l'atteinte des différents

appareils. Il faut surtout prendre en considération l'insuffisance hépatique, quand on envisage chez ces malades une intervention chirurgicale.

C'est rarement qu'on peut suivre avec une telle régularité un cas de péri-iléocolite, le plus souvent les symptômes se groupent de la façon à réaliser des formes cliniques variables.

En dehors de ces notions cliniques, les examens de laboratoire (radiologie, examen du sang) donnent souvent des renseignements complémentaires très utiles pour le diagnostic positif.

Radiologie.

C'est le complément indispensable de l'examen clinique, plus utile dans l'établissement des lésions, que dans la confirmation d'un diagnostic.

On rencontre dans l'examen radiologique les mêmes difficultés que dans l'examen clinique. Ces deux procédés doivent nécessairement se compléter pour permettre un diagnostic positif.

Il faut autant que cela est possible, assister à l'examen radiologique du malade dont on a la direction du traitement.

L'examen radiologique doit être complet, fait dans les conditions de vie normale du sujet, et répété au besoin, il doit dépasser largement le territoire sur lequel on désire être renseigné.

Ces précautions sont importantes, quand on songe aux difficultés de l'interprétation radiologique, résul-

tant de la superposition des ombres, de la compensation de certains segments du tube digestif, de la variabilité des aspects à des examens différents.

L'examen se fera par repas bismuthé ou par lavement. Dans certains cas il faut associer les deux méthodes.

Le repas bismuthé renseigne surtout, sur les réactions physiologiques du segment intéressé. La veille de l'examen, le malade prend 200 grammes de gélobarine environ.

Normalement vers 9 heures du matin, la moitié droite du côlon est occupée par le repas bismuthé.

On doit alors étudier en position debout et en position couchée, la situation du côlon proximal, sa forme, les modifications de son calibre, ses dimensions, sa direction et le siège exact des points douloureux. En principe, vers la quinzième heure, tout le côlon ascendant se vide. Il faudra donc revoir le malade vingt-quatre heures après, pour se faire une opinion sur les modalités du transit colique.

Avant ou après cet examen, il faudra faire prendre au malade un autre repas, afin d'étudier l'anatomie de l'estomac et surtout le mode des contractions gastriques.

Le lavement bismuthé ne doit être utilisé qu'après le repas opaque. Il renseigne surtout sur l'anatomie du côlon. De Quervain considère que cette méthode ne donne que la « caricature de la réalité ».

Les résultats publiés n'aboutissent pas toujours aux mêmes conclusions.

A propos des coudures iléales,il faut surtout attacher une importance à la stagnation du bismuth dans les anses iléales, alors que la tête du repas a déjà atteint l'angle hépatique ou l'angle splénique.

Jordan signale dans les cas de brides de Lane, des déformations en « fer à cheval » ouvert en bas.

Joulia insiste surtout sur l'élargissement des anses intestinales en formes d'ombres allongées ou en forme de cavités ampullaires remplies de gaz ou de liquide.

En cas de périty phlite, le cæcum apparaît fixé, d'aspect bulleux, barré par des brides, d'évacuation lente et retardée.

MM. Guénaux et Vassel, ont décrit trois cas d'aspect lacunaire de la région iléo-cæcale au cours des péricôlites. Ces images seraient dues en partie au spasme. Dans les cas de péricôlite membraneuse, MM. Duval et Roux notent un temps d'arrêt au niveau de l'angle colique, et l'immobilité du cæcum, qui apparaît barré par des brides surtout évidentes en position debout. M. Leveuf (thèse 1914), cite les déformations précisées par M. Aubourg, consistant en aspect piqueté et aspect en damier.

Les plissements séreux membraniformes donnent des images cæco-coliques fixes. La paroi externe semble rectiligne. Le retard du transit est appréciable. Il est rare de constater un rétrécissement de la lumière colique.

La péricôlite de l'angle hépatique se caractérise par une dilatation de tout le côlon ascendant, avec possibilité de stase iléale.

En cas d'images montrant un accolement en « canons de fusil » du côlon ascendant et du côlon transverse, il faut établir surtout si cet accolement est, ou non, réductible.

Ces données radiologiques quand elles existent acquièrent une grosse importance. Il faut savoir cependant qu'une formation péri-iléocolique peut exister et être pathogène, sans qu'il y ait nécessairement des images radiologiques très modifiées. Dans les cas où on les suppose cliniquement il faut quelquefois faire deux à trois examens radiologiques avant de saisir une modification importante.

Examen du sang.

Il peut donner des renseignements utiles en précisant si les troubles que l'on rapporte à une péricôlite, sont la manifestation d'une réaction inflammatoire. C'est une notion à connaître au cas où l'on doit décider une intervention chirurgicale. Celle-ci doit de préférence se faire sur un terrain exempt de réactions inflammatoires importantes et en dehors de la courbe de température ; c'est de la modification de la formule sanguine qu'on peut déduire cette notion. Une légère réaction avec leucocytose et mononucléose peut traduire une réaction inflammatoire de la muqueuse iléocæcale

(Enriquez, Antoine, Gasperin). Une formule normale appartient plus vraisemblablement à une formation péricolique qu'à une appendicite ou une typhlo-côlite.

ÉVOLUTION. — COMPLICATIONS

En général, l'évolution d'une péricôlite est lente, mais certaines complications peuvent en accélérer l'évolution.

Complications digestives.

a) *Occlusion et obstruction intestinale.* — Ce sont des complications très importantes à connaître, car elles posent le problème des interventions d'urgence. Cette question a été bien étudiée dans les thèses de Foucault, Bonnefoy et Marceau.

Il s'agit soit d'une occlusion intestinale aiguë (l'observation de Léo est typique), soit plus souvent de phénomènes obstructifs.

Bonnefoy et Guillaume pensent que les péricôlites membraneuses ont avant tout un caractère occlusif.

Marceau étudie surtout les occlusions par péri-entérocôlite adhésive, qui sont en réalité le plus souvent des obstructions. On a cité des cas d'invagination iléocæcale (Abadie) et typhlocôlique (Costantini).

Messieurs Lardennois et Aimes ont insisté au XXXVI[e] Congrès de chirurgie sur le caractère occlusif des péri-iléocôlites. Une notion est très impor-

tante à retenir surtout à propos des coudures iléales ; la stase iléale qui est de règle dans le segment en amont de la coudure, s'étend progressivement jusqu'à réaliser une stase duodénale. *Cet état de gêne duodénale paraît une des causes principales du mal de cœur et des nausées avec état vertigineux* (Lardennois).

La dyspepsie duodénale qui s'ensuit peut se caractériser par des douleurs à type de barre ombilicale, des vomissements du type bilieux et une diarrhée post-prandiale.

La duodénite stasique peut apparaître et se compliquer de périduodénite (Dural et J. C. Roux, Basset, Hertz).

Cette stase duodénale déclanche l'entrée en jeu de l'estomac dans son rôle compensateur, il essaye d'établir l'équilibre par hyperpéristaltisme qui engendre l'hypersécrétion et l'hyperacidité. Certains auteurs (Blake, Desmarest, Mercier) ont récemment insisté sur la fréquence de l'hyperchlorydrie et la possibilité d'ulcères gastro duodénaux au cours des stases cæcales.

b) *Côlite.* — Elle peut être une cause de péricôlite, mais elle en est aussi une complication fréquente. La côlite stasique aggrave souvent les lésions de péricôlite, ce qui constitue un véritable cercle vicieux. Toute côlite rebelle au traitement médical doit laisser supposer qu'elle peut être secondaire à une péricôlite.

c) *L'appendicite chronique* peut être une com-

plication des péricôlites au même titre qu'une côlite. Si l'appendice apparaît souvent malade au cours d'intervention pour péricôlites, il faut reconnaître qu'il est d'apparence normale dans beaucoup de cas de formation péri-iléocôliques.

d) *La périviscérite adhésive généralisée* reste la complication la plus sérieuse. Elle semble favorisée par une prédisposition du *terrain*, et pratiquement elle complique souvent une intervention chirurgicale. Elle est désespérante, par son caractère rebelle à presque toutes les thérapeutiques.

Complication hépato-biliaires

1° Le foie neutralise pendant un certain temps les produits toxiques développés au niveau du segment stasique. A un moment la cellule hépatique s'altère et ainsi se trouve amorcé une insuffisance glandulaire dont les modalités cliniques peuvent être très variables. Dès 1923 Brulé et Garban ont insisté sur le « syndrome entéro-hépatique », qui peut aller de la simple congestion, à la cirrhose (Achard). Nous insistons à nouveau sur cette atteinte hépatique qui complique le tableau clinique, et doit cependant être dépistée en cas d'intervention chirurgicale.

2° Les manifestations biliaires peuvent aller de la cholécystite simple, à la cholélithiase (Lardennois). La gêne de l'excrétion biliaire par stase duodénale favorise la rétention biliaire et donne naissance à ces grosses vésicules rencontrées au cours d'inter-

ventions et sur lesquelles ont insisté M. Chiray et ses élèves.

Dans certains cas, une péricholécystite peut compliquer soit la cholécystite, soit la péricôlite dont elle n'est qu'une propagation.

Complications urinaires.

Elles résultent de la bactériurie, notion entrevue par Adami dès 1899.

M. Heitz-Boyer en 1919 décrit le syndrome entéro-rénal, insiste sur le caractère trompeur de l'affection qui fait songer à une affection rénale alors que le traitement doit viser surtout l'état intestinal.

Ces manifestations rénales peuvent aller de la simple congestion, jusqu'à la néphrite et la pyélonéphrite. Lane va jusqu'à attribuer à la stase intestinale chronique, le mal de Bright.

Tous les appareils semblent subir le contre-coup des états stasiques intestinaux, c'est ce qui explique qu'à propos de syndromes de constipations chroniques, ont ait pu décrire une série d'autres complications qui semblent à première vue paradoxales.

C'est ainsi que successivement on a mis sur le compte de la stase intestinale certaines mastites chroniques, les troubles des règles, l'impuissance génitale, la maladie de Raynaud, des crises d'asthme réflexe, etc., etc...

Il faut cependant retenir une complication, utile à connaître, c'est la fréquence des troubles nerveux

et des troubles psychiques chez ces stasiques. Ces états constituent souvent des écueils au traitement, c'est pourquoi on doit chez ces malades savoir inspirer toute la confiance nécessaire pour mener à bien un traitement médical et savoir le cas échéant faire comprendre l'utilité d'une intervention chirurgicale.

Telles sont les complications en présence desquelles on peut être amené à se trouver. On conçoit qu'elles peuvent modifier à un tel point l'allure clinique, que toutes les erreurs de diagnostic sont possibles.

C'est par un interrogatoire minutieux, un examen complet, qu'on peut établir la filiation des faits et reconstituer l'histoire de la maladie.

FORMES CLINIQUES

L'abondance des symptômes, la fréquence à une échéance de certaines complications, sont des facteurs qui permettent autant de formes cliniques, que de cas envisagés.

Ces formes peuvent se grouper suivant :

a) Le caractère anatomique;
b) La prédominance d'un symptôme ;
c) L'évolution ;
d) L'association ;

A. — Formes suivant le caractère anatomique.

Il faut distinguer :

1° *Les coudures iléales.* — Elles réalisent anatomiquement une sténose iléale progressive qui épuise la musculature intestinale et détermine une stase très étendue en amont de la coudure. Cliniquement « *le malade se plaint de coliques: on constate un ballonnement surtout péri ombilical avec péristaltisme visible chez les sujets amaigris. Des vomissements abondants surviennent. Cette stase iléale entraîne des phénomènes d'auto-intoxication* » (Blamoutier).

Ce qui domine souvent le tableau clinique, c'est

la fréquence de troubles gastriques, dénommés souvent « indigestion » (Lane). D'ailleurs ces malades se présentent souvent comme atteints d'affections gastriques et il faut systématiquement penser aux coudures iléales, en présence de dyspepsie gastrique rebelle au traitement.

2° *Périty phlites.* — Ce sont surtout elles qui simulent l'appendicite chronique à laquelle elles sont d'ailleurs souvent associées. Dans ce cas ce qui domine, c'est la chronicité de l'évolution clinique, la diffusion de la douleur, la fixité du cæcum.

3° *Péricôlites proprement dites.* — Ici il faut distinguer :

a) Les épiploïtes adhérentes. M. Walther insiste sur une douleur en barre épigastrique, sur la douleur lombaire, sur l'apparition de douleurs à l'occasion de certains mouvements.

b) Les voiles membraneux péri-coliques.

Leur rôle pathogène est très discuté. Cependant de nombreux auteurs tant en France qu'à l'Etranger ont signalé les résultats heureux qui suivent l'extirpation des voiles membraneux.

Il faut les suspecter chez les sujets jeunes, souvent des femmes, qui se plaignent de douleurs étendues à toute la fosse iliaque ne s'accompagnant ni de température ni de vomissements.

Au XXXVI[e] Congrès de chirurgie MM. Martin du Pan, Oltramarre, Dupuy de Frenelle ont insisté sur la fréquence de membranes péricoliques prises pour des appendicites chroniques et sur la nécessité de

les rechercher et de les traiter en cas d'intervention pour syndromes douloureux de la fosse iliaque.

c) Les plissements séreux membraniformes.

Il s'agit dans ce cas, de malades de longue date qui ne bénéficient plus du traitement médical. Chez ces malades on retrouve souvent une histoire de côlite ou d'appendicite ancienne qui jusque là évoluait par crises, et qui est devenue permanente. La permanence des douleurs au cours d'affections chroniques de la fosse iliaque droite doit faire songer au développement de péricolites inflammatoires.

d) Les brides isolées réalisent des formes presqu'essentiellement occlusives.

4° *Péri-angulocôlites*. — Il faut insister sur le caractère précoce des douleurs situées sous le rebord costal droit, et sur les phénomènes toxi-infectieux résultant de la constipation droite (J. C. Roux et Duval). Elles ont souvent aussi une symptomatologie vésiculaire.

B. — Formes symptomatiques

1° *Formes douloureuses*. — Elles sont très fréquentes et ce sont surtout elles qui simulent l'appendicite chronique.

Par le siège quelquefois décevant des douleurs (névralgies crurales, obturatrices, sciatiques) elles peuvent créer des confusions importantes.

2° *Forme stasique*. — C'est celle que nous avons surtout décrit à propos de l'étude clinique.

3° *Formes gastriques.* — Nous avons vu qu'elles étaient surtout fréquentes chez les porteurs de coudure iléale, d'où la nécessité d'y penser en présence de toute gastropathie qui ne « fait pas sa preuve ».

4° *Formes biliaires.* — Dans ces cas, il faut distinguer les péri cholécystites extension d'une périangulocôlite, et celles qui traduisent une extension d'une cholécystite.

Il faut s'imposer d'examiner l'angle colique droit quand intervenant pour un diagnostic de cholécystite, on trouve une vésicule dont l'état anatomique n'explique pas l'importance des phénomènes cliniques.

5° *Formes entéro-côlitiques.* — L'entéro-côlite, ou mieux les côlites peuvent être le point de départ, ou bien la complication d'une péricolite. Les vraies entéro-côlites cèdent au traitement médical, celles qui sont rebelles, doivent faire penser à la côlite stasique provoquée ou entretenue par une péricolite.

6° *Formes tumorales.* — L'agglutination d'anses, l'engorgement colique, les réactions du péritoine voisin, peuvent créer des foyers importants d'allure chronique, en imposant parfois pour une tumeur de l'hypocondre ou de la fosse iliaque droite. MM. Trémolières et Olivier ont insisté sur cette forme. C'est une forme que l'on rencontre surtout dans les périviscérites inférieures à la suite d'appendicectomies.

C. — Formes évolutives.

Entre les formes légères caractérisées par un endolorissement de la fosse iliaque et les formes aboutissant à la défaillance physiologique du côlon proximal, il y a place pour toutes les formes intermédiaires.

L'évolution peut être surtout accélérée, par les accidents occlusifs dont nous avons vu les modalités.

D. — Formes associées

Les péri-iléocôlites peuvent être associées à d'autres manifestations pathologiques qui modifient le tableau clinique et imposent surtout un traitement plus complexe.

On a signalé des associations de péricôlites avec une appendicite, une épiploïte, une affection ulcéreuse gastro-duodénale, une cholécystite, une affection gynécologique. Souvent aussi les péricôlites peuvent coexister avec une péri-iléite, d'où la nécessité de faire cette double recherche en cas d'intervention.

Enfin la péricôlite du côlon proximal, peut être associée, à une péricôlite d'un autre segment du gros intestin. On conçoit dans ces cas la nécessité de laparotomies suffisantes, afin d'inventorier tout le cadre colique.

E. — Les péricôlites post-opératoires.

Il faut distinguer dans ce cas les formations qui sont la conséquence directe de l'acte opératoire et celles qui, existant avant l'intervention, sont devenues pathogènes à cause du traumatisme chirurgical. On ne doit considérer comme troubles relevant d'une péri-iléocôlite post opératoire, que ceux qui sont distincts des troubles qui ont déterminé l'opération.

Cliniquement il s'agit surtout d'accidents douloureux ou d'accidents par troubles du transit digestif.

Les deux ordres de complications à redouter sont, d'une part, la possibilité d'accidents occlusifs, d'autre part, la possibilité d'extension du processus adhésif réalisant une périviscérite adhésive généralisée, bien étudiée par M. le Pr Carnot et ses élèves.

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir la multiplicité des symptômes et des complications et la diversité des formes cliniques. Ce sont là des raisons qui rendent le diagnostic positif difficile. Les méthodes d'examen ne doivent pas — ici plus qu'ailleurs — être opposées, mais au contraire associées. Il est des cas même très difficiles à résoudre, et dont la solution n'est connue qu'après les résultats d'un traitement médical, ou en dernier ressort à l'occasion d'un traitement chirurgical dont on attend de la laparotomie l'explication des troubles cliniques.

Toutes les affections de la fosse iliaque droite peuvent être simulées par les péri-iléocôlites. Cependant, ces affections réalisent des syndromes dont la connaissance est mieux établie, ce qui permet de les reconnaître.

L'appendicite chronique, reste la simulatrice de toutes les affections de la fosse iliaque droite c'est souvent à elle qu'on pense, et même ce n'est qu'à elle que certains pensent.

Les statistiques données par ceux qui ont relevé les résultats des appendicectomies, montrent que l'appendicite n'est pas si souvent en cause puisqu'on

enregistre de 25 % (Enriquez) à 40 % (Lichty) de résultats médiocres.

MM. de Martel et Antoine dans leur étude sur les fausses appendicites, relèvent sur 124 syndromes douloureux de la fosse iliaque droite, 40 cas d'appendicite et 47 cas de faits de péri-iléocolites.

Krief (thèse, 1928) donne 109 observations de faits de péri-iléocôlites sur un total de 800 appendicites dites chroniques opérées dans le service de M. Lardennois de 1922 à 1927. On a même été jusqu'à nier (Oltramarre) l'existence de l'appendicite chronique au XXXVI[e] Congrès de chirurgie.

En fait, tous les chirurgiens ont opéré et guéri des appendicites chroniques, ou des appendicites *torpides*, qualificatif que M. Walther a suggéré au récent Congrès de chirurgie. On ne doit pas douter de son existence, mais pour diminuer la proportion des résultats médiocres d'appendicectomies, il conviendrait de compléter certaines appendicectomies par l'exploration de l'iléon terminal, de l'épiploon et du côlon proximal jusqu'au coude hépatique.

Les typhlo côlites cause ou conséquence des péricôlites risquent aussi de simuler une péricôlite. On les reconnaîtra à leur allure atténuée, caractérisée par des douleurs sans crises violentes, étendues à toute la fosse iliaque droite, des digestions pénibles, des selles modifiées tantôt dures, tantôt pâteuses.

Ces côlites doivent être traitées énergiquement avant qu'elles ne donnent naissance aux péricôlites. On doit suspecter toute côlite devenue rebelle au

traitement médcal, de s'être compliquée de péricôlite.

Le cæcum mobile, entraîne quelquefois des troubles importants qui rappellent ceux qui sont dus à l'existence d'une péricôlite. D'abord étudiée complètement par Wilms et ses élèves, la question a été reprise par Waugh en 1920 puis par Coffey en 1923. Les auteurs pensent que la majorité des troubles présentés au niveau de la fosse iliaque droite sont dus à une mauvaise fixation du colon proximal.

Le cæcum mobile a une tendance naturelle à la ptose, il est possible qu'il ne devienne pathogène qu'à ce moment, en tiraillant sur ces attaches pariétales ou sur une membrane péricolique quand elle existe. C'est *le plus souvent un diagnostic radiologique.*

Il faudra penser aussi à éliminer les troubles qui pourraient être dus à un spasme simple de l'iléon (De Martel et Antoine), ou à une insuffisance de la valvule iléo-cæcale (Kellog, Danis).

Dans les cas de formes stasiques, il faut penser aux stases intestinales dues à un obstacle siégeant sur les côlons gauches. C'est ainsi que, la péricôlite de l'angle gauche du côlon descendant, ou du côlon sigmoïde peuvent par leur symptomatologie assez souvent localisée à droite être la source d'erreurs de diagnostic importantes et graves. Par ailleurs on signale des cas de péricôlites droites associées à des péricôlites gauches. Cette notion fait comprendre toute l'utilité de l'examen radiologique, et la néces-

sité dans les cas douteux d'inventorier tout le cadre colique, par une incision médiane.

Enfin, dans les formes douloureuses, il faudra chercher à reconnaître, une affection gynécologique annexielle, une affection vésiculaire, ou une affection gastrique, dont le traitement diffère totalement.

Il faut retenir que pratiquement le diagnostic de péri-iléocôlite, est un diagnostic difficile,et qu'il n'y a aucun symptôme susceptible de pouvoir l'affirmer.

Une connaissance exacte, de tous les symptômes observés et des résultats d'examens de laboratoire sont indispensables pour instituer une thérapeutique sur des bases logiques.

CONCLUSIONS

Les péri-iléocôlites chroniques peuvent déterminer une série de troubles dont la connaissance est utile pour le diagnostic des affections de la fosse iliaque et de l'hypocondre droit.

Cliniquement, elles réalisent un syndrome complexe. Après un stade de tolérance, toute formation péri-iléocolique donne naissance à des symptômes surtout douloureux traduisant la réaction du segment digestif intéressé. Cette période de réaction variable avec les malades et les soins reçus, peut aboutir à une période de défaillance intestinale avec manifestations d'ordre général. Le terme ultime est la stase intestinale chronique avancée, qui réalise surtout un syndrome d'auto intoxication d'origine intestinale.

Cette évolution est souvent entrecoupée d'accidents. Parmi eux, les plus sérieux sont ceux qui déterminent l'occlusion intestinale. Il faut noter les possibilités de stase duodénale avec duodénite et périduodénite, les complications hépato-biliaires, rénales, gastriques, colitiques. La constitution d'une périviscérite adhésive généralisée reste la complication la plus redoutable.

Tous les symptômes peuvent se grouper et réaliser autant de formes cliniques, que de malades envisagés. Les formes anatomiques les plus fréquemment observées sont : les coudures iléales, les péricôlites membraneuses et les épiploïtes. Les formes symptomatiques à retenir sont : les formes douloureuses, gastriques, stasiques et pseudo-appendiculaires.

Le diagnostic positif de péri-iléocôlite est très difficile, il faut s'imposer l'examen radiologique qui permettra le bilan anatomique et physiologique du côlon proximal. L'examen du tube digestif doit être complet.

On doit penser aux péri-ilécôlites chaque fois que le syndrome observé, s'écarte de ceux communément rencontrés dans la fosse iliaque droite. Cette difficulté du diagnostic explique qu'il faut d'abord essayer le traitement médical. C'est de son inefficacité que découle l'essentielle indication chirurgicale.

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Invagination iléo-cæcale par péricolite membraneuse (Archives des maladies de l'appareil digestif, 1922, t. XII, n° 4).

Antoine. — Contribution à l'étude des syndromes douloureux cæco-coliques droits. Accolements du cæco-colon droit en canons de fusil (Gazette des hôpitaux, n° 47, 14 juin 1921).

Antoine et De Martel. — Les fausses appendicites, 1 vol. Masson, 1922.

Beclère et Meriel. — Exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomae et de l'intestin (Congrès français de chirurgie, 1912).

Bonnefoy. — Membranes péricoliques. Leur rôle pathogène. Thèse Paris, 1924.

Brûlé. — Diagnostic de l'appendicite chronique (Presse Médicale, 1924, p. 893).

Brûlé et Garban. — Les hépato-cholécystites d'origine intestinale (Presse Médicale, 3 mars 1923).

Brendolan. — Contribution clinique à l'étude de la membrane de Jackson (Archivos italianos di chirurgica, t. IX, 1924).

Carnot, Harvier, Friedel et Lardennois. — Les colites, 1 vol. Paris, 1923.

— Le pneumo-péritoine (Paris médical, 1925, p. 441).

Carnot, Blamoutier, Libert, Friedel. — Les périviscérites digestives, 1 vol. Baillère, 1926.

Case. — X Rays observations on colonic péristaltis and antipéristaltis with special reference to the function of the ileo-cæcal valve (traduction) (Archives d'électricité médicale, mai-juin 1917).

Cofjey. — Les relations de la douleur abdominale avec les maladies siégeant à ce niveau (Journ. of american medical association. 15 sept. 1923).

Costantini. — Iléus par invagination typhlo-colique favorisé par une péricolite membraneuse (Il policlinico, 1925).

Cotte. — A propos de la péricolite membraneuse (Lyon chirurgical, 1912).

Courcieras. — Adhérences péri-cæcales d'origine appendiculaire Thèse Paris, 1908.

Delbet (Paul). — Maladie de Glénard-Lane (Paris chirurg., 1923).

Delore et Alamartine. — Deux cas de sténoses sus-cæcales avec péricolites membraneuses (Revue de Chirurgie, mai 1912, p. 711).

Delmas. — Les adhérences douloureuses péricæcales consécutives à l'appendicectomie. Thèse Paris, 1909.

Descomps. — Troubles du transit digestif abdominal et syndromes associés. Périviscérites et prédispositions anatomiques (Revue médicale française, mai 1927).

— Le syndrome abdominal folliculaire et son traitement (Le Monde médical, n° 711, 15 juillet 1927).

Desgeorges. — De l'auto-intoxication intestinale chronique (Revue de médecine, 1927, p. 163).

Enriquez. — Séquelles de l'appendicectomie (Académie de médecine, 16 mars 1920).

Faroy, Bauman et Lemaire. — Complications de l'appendicite (Journal médical français, avril 1924, n° 4).

Flandrin. — Complications de l'appendicite chronique et séquelles de l'appendicectomie. Thèse Paris, 1922.

Foucault. — Occlusions intestinales et coudures iléales. Thèse Paris, 1924.

Guénaux et Vassel. — Aspects lacunaires de la région iléo-cæcale dans les péricolites d'origine appendiculaire (Société française d'électro et de radiol., 24 mars 1925).

Guillaume (*A.-G.*). — Les colo-typhlites. Paris, 1924, 1 vol. Doin.

Grégoire. — Péricolite membraneuse et appendicite chronique (Paris Médical, 2 août 1924).

— La dilatation douloureuse du côlon droit et son traitement (Paris médical, 1922, XII, p. 69).

Haller. — L'épiploïte chronique en rapport avec la colite et l'appendicite chronique. Thèse Paris, 1912.

Jackson (*J. N.*). — Membranous pericolitis and allied conditions of the iléo-cæcal région (Annals of Surgery, nº 3, mars 1913).

Jordan. — Radiographic demonstration of Lane's kink (The practitionner, 1911).

Joulia. — Radiologie des périviscérites (Journal médical français, février 1926).

Krief. — Les péricolites droites chroniques et les adhérences post-opératoires péri-iléocoliques. Thèse Paris, 1928.

Lane. — Bibliographie complète dans la thèse de Lefebvre. Toulouse, 1919.

Lardennois (*G.*). — Les périviscérites adhésives de l'abdomen (Journ. médic français, t. XV, février 1926).

— Les péricolites chroniques (Rapport au XXXVIe Congrès Français de chirurgie, octobre 1927).

Lefebvre. — Chirurgie de la constipation. Thèse Toulouse, 1919.

Lejars. — La coudure de Lane et la membrane de Jackson (La Semaine médicale, 1911, n° 49).

Lenormant. — La péricolite membraneuse (Presse médicale, 1913).

Leveuf. — La péricolite membraneuse. Thèse Nancy, 1914.

Léo (G.). — Occlusion intestinale par membrane péricolique (Paris chirurgical, 1921).

Loeper. — Les péricôlites des côlons et du transverse (Leçons de pathologie digestive). Masson, 1911.

Marceau. — Occlusion intestinale aiguë par péri-entérocôlite adhésive. Thèse Paris, 1927.

Martel (de) et Antoine. — Voy. Antoine.

Mayo. — Intestinal obstruction due to Kink and adhésion of the terminal iléum (Surg. gynec. and obstet., mars 1911, n° 3, p. 227).

Mercier (O.). — Etude du syndrome douloureux du côlon proximal. Thèse Paris, 1924.

Morley. — Clinical manifestations of the mobile proximal colon (Britisch médical journal, 9 oct. 1920).

Martin du Pan. — XXXVI[e] Congrès français de chirurgie.

Oudard et Jean (G.). — Péricôlite inflammatoire avec stase à symptômes frustes et cirrhose atrophique concomitante (Bullet. et mémoir. de la Société anat. de Paris., décembre 1922).

Pauchet. — Maladie de Lane (Société des chirurgiens de Paris, 10 mars 1923, n° 3).

— Les périviscérites adhésives (Gazette des Hôpitaux, 15 juin 1927).

Pouliot. — Affections gynécologiques facteurs de péricôlites (Journ. méd. Français, t. XV, février 1926).

Renaud. — Contribution à l'étude des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite. Thèse Paris, 1923.

Roux (J.-C.). — Constipation cæcale entretenue par des adhérences au niveau de l'angle du côlon droit (Archives des maladies du tube digestif, 5 mai 1910).

— La constipation cæcale et son traitement (Journ. de méd. et de chirur. pratique, 25 déc. 1918).

Silhol. — Sur les épiploïtes chroniques (Rapport au XXXVI[e] Congrès français de chirurgie, octobre 1927).

Sorrel. — La stase intestinale chronique. Thèse Paris, 1924.

Trémolières et Olivier. — Les périviscérites digestives adhésives (Journ. méd. français, t. XV, février 1926).

Walther. — Bibliographie importante dans la thèse de Duroselle, 1919.

— Epiploïtes chroniques (Journal de méd. et de chirurg. pratique, 10 mars 1927).

Waugh. — Les conséquences pathologiques d'un cæcum mobile, avec une statistique de 180 cas (British journ. of Surgery, n° 27 juin, 1920).

Zoffagaini. — Syndrome occlusif périodique par membrane de Jackson (La riforma medica, février 1925).

8138 — Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 3-1928